Programa para Niños Saludables de Maryland (Maryland Healthy Kids Program)

Cuestionario de Detección Temprana

Evaluación sobre riesgo de Plomo (envenenamiento con Plomo):

(En cada visita desde los 6 meses hasta los 6 años)

	fecha						
1. ¿Su niño/a ha vivido o se ha quedado en alguna casa o apartamento que se haya construido antes del 1978? (incluyendo el centro de cuidado, hogar preescolar, casa de la niñera o algún pariente)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿Hay alguien en su casa que haya sido tratado por envenenamiento con Plomo?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. ¿Ha habido renovaciones recientes o se ha pelado la pintura en alguna casa que su hijo/a visite a menudo?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿Su niño/a lame, come o mastica cosas que no sean comida? (pedacitos de pintura, tierra, rejas, barrotos, columnas, muebles, juguetes viejos, etc.)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
5. ¿Hay algún familiar que esté trabajando en una ocupación o pasatiempo donde sea posible que se haya expuesto al plomo? (mecánico de autos, ceramista, pintor comercial, etc.)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Evaluación sobre riesgo de Tuberculosis:

(Empezando en un año y anualmente a partir de esa fecha)

	fecha						
1. ¿ Ha sido su hijo/hija expuesto a una persona con un caso de Tuberculosis o ha alguien con una prueba cutánea de tuberculina positiva?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿ Fue su hijo/hija nacido, o algún miembro en su hogar, en un país de alto-riesgo (países que no sean los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o países de Europa occidentales o del norte)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. ¿ Ha viajado su hijo/hija (tuvo contacto con la población residente) de un país de alto-riesgo por más de una semana?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿ Tiene su niño/a contacto diario con adultos que estén en alto riesgo de tener o contraer tuberculosis (ejemplo: personas con la infección del VIH, vagabundas (homeless), encarceladas, y/o que usen drogas)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
5. ¿ Tiene su niño la infección del VIH (HIV)? (una respuesta afirmativa a cualquier pregunta indica un posible riesgo)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Detección de anemia

(A partir de 11 años de edad y anualmente en lo sucesivo)

1. ¿ Incluye su dieta alimentos abundantes en hierro como carne, huevos, cereales fortificados con hierro o frijoles?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿ Ha sido diagnosticado alguna vez con anemia por deficiencia de hierro?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. (sólo mujeres) ¿ Tiene sangrado menstrual excesivo u otras pérdidas de sangre?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿ (sólo mujeres) Dura su periodo menstrual más de 5 días?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Programa para Niños Saludables de Maryland (Maryland Healthy Kids Program)

Cuestionario de Detección Temprana

Evaluación de Riesgo de Enfermedad del Corazón/ Enfermedad del Colesterol:

(Desde los 2 años hasta los 20 años)

	fecha						
1. ¿Hay un historial familiar de padres/abuelos menores de 55 años con ataques al corazón, cirugías, angina o muerte repentina a causa de un ataque al corazón?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿El padre o la madre del niño han sido diagnosticados con colesterol alto (240 mg/dL o más alto)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

(Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas dos preguntas indica un riesgo definitivo.)

3. ¿Está su niño/adolescente sobrepeso?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿Hay un historial personal de:							
Fumar?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
Falta de actividad física/ejercicios?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
Presión Alta?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
Colesterol Alto?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
Diabetes?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

(Una respuesta afirmativa en las preguntas 3 y 4 indica riesgo)

	fecha						
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Evaluación de riesgo de ETS/VIH:

(Desde los 11 años hasta los 20)

1. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o tiene hemofilia?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿Han abusado de usted física o sexualmente?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. ¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, verrugas venéreas, clamidia, herpes, virus de papiloma humano (HPV))?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿Tiene su pareja sexual, tiene usted o tuvo su madre durante el embarazo algún historial de uso de drogas intravenosas?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
5. Si está sexualmente activo/a ¿Ha tenido sexo sin protección con alguien del sexo opuesto/mismo sexo (circule la respuesta apropiada)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
6. Si está sexualmente activo/a ¿Ha tenido más de una pareja?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
7. ¿Tiene algún tatuaje o perforaciones en las orejas, ombligo, etc. incluyendo cualquiera hecho por sus amigos?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____